

REVISTA DE PRENSA

S. ESTRADA Y J. CARRANZA

LA NATURALEZA DE LOS VIRUS Y LAS ENFERMEDADES VIRALES

(The nature of virus and viral diseases)

Habel K.: *The Medical Clinics of North America*. 43:1275, 1959.

A pesar de su pequeño tamaño y las complejas relaciones del virus con la célula, no hay nada misterioso en las enfermedades virales. Poseen los mismos principios de infección e inmunidad que cualquier otra enfermedad infecciosa. Los virus son macromoléculas capaces de pasar una célula a otra, pero con la cualidad de que pueden perder su identidad infecciosa al entrar a otra célula; además dependen de los procesos metabólicos de la célula para poder reproducirse.

Su clasificación debido a una falta de conocimiento preciso se ha hecho denominándolos como vegetales, bacterianos, de insectos y animales, según el sistema biológico en que viven. Bioquímicamente algunos autores los dividen según tengan ribosa o desoxiribosa en el ácido nucléico, pero esto no es aplicable a todos los virus.

Todo parece indicar que el virus tiene especificidad definida hacia determinado huésped, como se corrobora en la hepatitis infecciosa en la que el virus productor rehusa reproducirse aún en cultivos de células humanas. También existe un determinado tropismo hacia tejidos determinados ya que el virus tiene preferencia para multiplicarse en ellos. Su virulencia es variable en varias condiciones ambientales y puede producir destrucción celular, alteraciones de la función, proliferación o ningún cambio en la célula. Es interesante también que el virus está sujeto en condiciones biológicas espontáneas a numerosas mutaciones que pueden hacerlo variar en su conducta al final de las mismas.

Los virus suelen penetrar al organismo a través de las mucosas o la piel, en la mayor parte de los casos. Primero tienen una etapa de multiplicación local y a partir de ésta se diseminan al absorberse directamente en la sangre o los vasos linfáticos después se reproducen en los órganos "blanco" y al producir los cambios celulares antes mencionados producen el cuadro clínico característico de ellos, si es que lo tienen. Por otro lado, existe una respuesta antigénica definida por el tipo de virus parasitario, así se explica la poco estudiada inmunidad tisular relativa o absoluta posterior a una enfermedad viral.

La sintomatología de los virus pueden considerarse como de "amplio espectro" y depende de su localización y su actividad, como todo agente infeccioso. Cuando el cuadro se conoce el diagnóstico suele no ser difícil, pero en el gran por ciento de los casos no sucede así, ya que por lo general las enfermedades virales se diagnostican después de que no pudo diagnosticarse nada conocido por la mente del clínico. La leucopenia con linfocitosis relativa es común, pero no universal en las enfermedades virales y el

diagnóstico por los métodos serológicos, las técnicas de inhibición, la fijación del complemento, hemaglutinación, etc. solo son útiles cuando se piden y se realizan con juicio, criterio racional y sospecha definida. La epidemiología es muy importante en el diagnóstico de las enfermedades por virus.

Las enfermedades virales no tienen tratamiento en la actualidad fuera de una acción no muy clara de los antibióticos de amplio espectro y las sulfas sobre la psitacosis y el linfogranuloma venéreo.

EL VALOR DIAGNÓSTICO DE LA ACTIVIDAD LIPÁSICA MÁXIMA DE LA SECRECIÓN
DUODENAL OBTENIDA SIN LA INYECCIÓN DE SECRETINA

(Value in diagnosis of the maximal lipasic activity of the duodenal secretion
collected by tube without the injection of secretin).

Sarles, H.; Todrani O., G., y Sarles J., C. *Arch. Mal. App. Dig.* 47:261, 1958.

Se han sugerido numerosos métodos para explorar funcionalmente al páncreas. No obstante, estos han sido aplicados o bien a muy pocos casos o a casos muy abiertos, lo que hace muy difícil hacer una valoración justa de ellos.

El método descrito en este trabajo deriva del original propuesto por Chiray y Bolget, modificado por Sarles y col. para simplificar la técnica. Se trata de juzgar el valor y las limitaciones de esta prueba en 151 casos de diagnóstico conocido.

Con excepción del cáncer, entre 0 y 10 unidades Bondi se clasificaron varios casos de pancreatitis, algunos casos de papilitis y ocasionalmente otros de ictericia debido a hepatitis. El valor diagnóstico de la prueba fue bueno en 11 de 17 casos de pancreatitis que comprendieron este grupo. Entre 10 y 20 unidades el número de pancreatitis es menor. De 25 a 35 unidades la predominancia de síndromes llamados de deficiencia funcional como en la úlcera duodenal, la cirrosis y las dispepsias alérgicas es mayor que los casos de pancreatitis. Finalmente a niveles normales de la actividad lipásica la pancreatitis solo se localizaba en la cola, si existía, o bien si existían cálculos estos no eran importantes como para producir daños serios.

Lo anterior confirma que únicamente una dosificación baja (de 0 a 10) tiene un valor diagnóstico real. Parece ser cierto que la prueba de la secretina es de mayor valor que la actual.

ALTERACIONES DE LAS PROTEÍNAS, LAS LIPOPROTEÍNAS Y LAS PROTEÍNAS UNIDAS
A CARBOHIDRATOS EN EL SUERO DE PACIENTES DIABÉTICOS

(Proteins, lipoproteins and protein bound carbohydrates in the serum of diabetics)

Ejarque, P.; Marble, A., y Tuller F., E.

The American Journal of Medicine. 27:221, 1959.

En los años recientes ha habido un considerable interés por estudiar las alteraciones físico-químicas del sistema vascular de los diabéticos. Los cambios vasculares que conducen a la nefropatía en las personas jóvenes y a la enfermedad coronaria en los ancianos ha sido uno de los estímulos principales. Se ha encontrado que existen mucopolisacaridos y lípidos en alta concentración en las paredes de los vasos de diabéticos

crónicos y se ha visto además que estos cambios anormales no se encuentran solamente en diabéticos con evidencia de daño vascular generalizado, sino aún en enfermos en los que no existen complicaciones vasculares. Para aclarar estos puntos, se estudiaron la conducta electroforética y la movilidad de las proteínas, las lipoproteínas y las proteínas unidas a carbohidratos en el suero de pacientes con diabetes y de personas sanas.

En general los valores de proteínas totales fueron menores en los diabéticos que en los no diabéticos; la disminución mayor se presentó en los pacientes con nefropatía diabética. Los cambios principales se encontraron en la fracción alfa-2-globulina. Se observó que existe una disminución en la albúmina y la gama globulina y un aumento de la alfa globulina proporcional, a *grosso modo*, con la magnitud de las complicaciones: retinopatía, neuropatía y nefropatía diabéticas. El descontrol, la senilidad y la cronicidad de la diabetes son factores que contribuyen a hacer más proporcionado este cambio.

Existe una tendencia hacia el aumento de las beta lipoproteínas, particularmente en pacientes con nefropatía. Por último, en la fracción alfa-2-globulina de los pacientes diabéticos se encontró la mayor proporción de proteínas unidas a carbohidratos.

EL PAPEL FISIOLÓGICO DE LAS CÉLULAS ALFA DEL PÁNCREAS

(Physiological function of alpha cells of the pancreas)

Bencsme, S. A., Toledo J., M., y Grafton, D., F.

Proceedings of the Society for Experimental Biology and Medicine. 101:737, 1959.

En la actualidad se conoce bastante sobre las acciones bioquímicas y fisiológicas del glucagón, sustancia considerada como la hormona producida por las células alfa del páncreas. No obstante, nuestro conocimiento de las funciones de las células alfa basado en sus alteraciones morfológicas es pobre y en ocasiones contradictorio. Se han sugerido varias funciones relacionadas con la diabetes como: 1. Producción de elastasa, 2. Regulación del crecimiento somático, 3. Regulación del metabolismo graso, entre otras más.

En este trabajo, se estudian algunos aspectos del metabolismo general en perros sin células alfa en el páncreas. Se estudió el nivel de varios electrolitos y otras sustancias relacionadas con el metabolismo de las proteínas, los lípidos y los carbohidratos. Los resultados demostraron que no obstante las sugerencias previas hechas por otros autores, no existe evidencia de una relación funcional entre las células alfa y las otras sustancias estudiadas, con la posible excepción del nitrógeno no protéico. Los cambios de esta fracción metabólica sugieren que las células alfa ejercen un efecto inhibitorio ligero sobre la síntesis protéica.

LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

(Intestinal obstruction)

Rudolf J., Noer. *Missouri Medical.* 55:579, 1958.

El diagnóstico temprano y el manejo adecuado de la misma, son los factores de mayor importancia para reducir la mortalidad en la obstrucción intestinal alta. Siempre

debe decidirse con precisión sobre el tipo de obstrucción que se observa y el tratamiento que requiere.

En el íleo llamado dinámico, que se presenta después de un acto quirúrgico agresivo, de infecciones severas o de traumatismos medulares, la cirugía nunca deberá indicarse. En tales casos lo mejor es introducir una sonda intestinal a través del píloro y efectuar el tratamiento por succión y drenaje con un balance electrolítico adecuado. En casos de obstrucción sin estrangulación los pacientes deben tratarse primero por succión y drenaje para descomprimir y administrar líquidos y electrolitos o sangre por vía parenteral si se necesitan antes de la intervención quirúrgica.

En casos de estrangulación el riesgo es muy grande. La estrangulación debe sospecharse por la severidad del dolor, el rápido ataque al estado general del paciente y la constancia del dolor. Debido a que la distensión de la pared necrosada suele llevar con frecuencia a la peritonitis o a la perforación intestinal, la cirugía debe establecerse lo más rápido que sea posible. No obstante, antes del acto quirúrgico debe tratarse de administrar líquidos y electrolitos o sangre, según sean las necesidades específicas del paciente. En la obstrucción baja o colónica el drenaje por el sistema de sifones está indicado junto con la colostomía, más que la intubación intestinal.

CONTENIDO DE ANTI-AGLUTINADOR DEL ESPERMA EN EL MOCO CERVICAL
Y SU VARIACIÓN BAJO DIFERENTES INFLUENCIAS HORMONALES

(The content of sperm antagglutin in the cervical mucus and its variation under different hormonal influences).

Acta Obstétrica Gynecológica Scandinavica. 38:1 84-85, 1959.

En 1952 fué observado por primera vez un factor anti-aglutinador del espermatozoide en la secreción de las trompas de vacas en estro.

Después fué demostrado que la formación de este factor ocurre en los folículos ováricos de humanos, carneros, y conejas y en las trompas de mujeres y conejas.

El contenido de Factor Anti-Aglutinante ha sido ya determinado por métodos biológicos. Y se ha demostrado que su producción es estimulada por los estrógenos e inhibida por la progesterona.

Así pues, las propiedades anti-aglutinantes del moco cervical son más pronunciadas cuando la elevación de estrógenos es mayor, durante la evolución.

El análisis de la excreción urinaria de hormonas en 8 mujeres reveló una excreción aumentada de estrógenos correspondiente a la reaparición del F. A. A. El mismo fenómeno fué observado aún si los ovarios eran extirpados o cuando se había administrado propionato de testosterona en lugar de progesterona. Los esteroides son metabolizados posiblemente a estrógenos.

El F. A. A. es inactivo cuando se oxida, pero recobra su actividad al reducirse. Normalmente se encuentra en el moco cervical en su forma reducida.

En cuatro casos de esterilidad inexplicable, fué encontrado el F. A. A. en el moco cervical pero en su forma inactiva u oxidada.

EL SÍNDROME DE STRESS PÉLVICO
(The Pelvic Stress Syndrome)

Goldsmith, J. W.

Minnesota Medicine. 42:5 562-565, 1959.

El Síndrome de stress pélvico es una entidad clínica caracterizada por dolor de espalda, dolor abdominal bajo asociados frecuentemente con tensión premenstrual (cefalea, irritabilidad, crecimiento de las mamas y retención de líquidos), menorragia, metrorragia y fatiga.

La frecuencia con que se presenta es bastante alta conforme a la experiencia del autor, ya que cita que tres de cada paciente de consulta ginecológica padecen este síndrome.

En el presente trabajo el autor recopila los datos obtenidos en 200 pacientes en

En el presente trabajo el autor recopila los datos obtenidos en 200 pacientes en las cuales se encontró dolor de espalda en el 97 por ciento de ellas; dolor abdominal en el 93 por ciento; tensión premenstrual en un 63 por ciento; irregularidades menstruales en el 53.5 por ciento; infertilidad en el 49.5 por ciento y fatiga en el 47.5 por ciento.

Como se ha establecido que la testosterona es un inhibidor de los estrógenos, fué administrada la hormona masculina a los miembros del grupo estudiado. Decidiéndose empíricamente a administrar una dosis máxima de 300 a 350 mg. cada mes; para disminuir los posibles efectos colaterales.

En el 83.5 por ciento de los casos quedaron perfectamente controladas las pacientes, permaneciendo asintomáticas. En el 11.5 por ciento de ellas sólo disminuyen los síntomas moderadamente y en el 5 por ciento de los casos no se obtuvo ninguna mejoría.

ASPECTOS CLÍNICOS DEL HIPOPITUITARISMO POST-PARTO (SÍNDROME DE SHEEHAN)

(Clinical aspects of post-partum hypopituitarism (Sheehan's syndrome))

Teter J.

The Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Empire. 66-1 40-46, 1959.

El autor estudia 14 enfermos con Síndrome de Sheehan entre los 26 y los 39 años de edad de la Clínica Endocrinológica para mujeres de Varsovia y de la Clínica de la Academia Militar de Varsovia. Fueron encontrados los siguientes grupos de síntomas y signos:

- a). Una tríada relacionada con el Parto consistente en:
 - 1). Hemorragia post-parto en el 100 por ciento de los casos con colapso durante el parto en el 79 por ciento.
 - 2). Ausencia o desaparición prematura de la lactancia en el 93 por ciento y
 - 3). Amenorrea permanente subsecuente, sin síntomas menopáusicos en el 93 por ciento.
- b). Síntomas subsecuentes al Hipopituitarismo.
 - 1). Astenia física en el 100 por ciento.
 - 2). Sensibilidad anormal al frío en el 86 por ciento.
 - 3). Apatía y torpeza mental en el 79 por ciento.
 - 4). Pérdida de la libido en el 79 por ciento.

- c). Hallazgos Físicos frecuentes.
- 1). Atrofia del tejido glandular mamario en el 100 por ciento.
 - 2). Despigmntación de la areola del pezón y de los labios menores en el 93 por ciento.
 - 3). Palidez "tipo cera" de la piel en el 100 por ciento.
 - 4). Atrofia de la vulva, vagina y útero en el 100 por ciento. El endometrio se encontró sin respuesta al tratamiento hormonal sustitutivo de estrógenos y progesterona.
- d). Hallazgos físicos variables.
- 1). Pérdida del vello axilar y pubiano en el 64 por ciento.
 - 2). Aumento de peso y aparición de mixedema en el 50 por ciento. Esto ocurre en los primeros días del padecimiento.
 - 3). Pérdida de peso hasta del 35 por ciento. Cuando la paciente tiene varios años de enferma.
- e). Exámenes de Laboratorio.
- 1). Prueba de la tolerancia a la insulina positiva en el 7 por ciento.
 - 2). 17-cetoesteroides disminuídos en un 75 por ciento.
 - 3). Metabolismo basal de menos 20 en el 50 por ciento de los casos.
 - 4). Pruebas de Kepler y de tolerancia a la glucosa dan resultados anormales en los casos severos.

FIBRINOLISIS POSTERIOR A ACCIDENTES HEMORRÁGICOS
(Fibrinolysis following accidental haemorrhage)

Biezenski J. J., Moore H. C.

The Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Empire. 66:1 82-85, 1959.

Es bien sabido que las pacientes con hemorragias accidentales pueden sufrir sangrados muy serios debidos a la incoagulabilidad de la sangre; tal sangrado ocurre en un 5 por ciento de los casos severos.

Acompañando a la hemorragia el nivel del fibrinógeno sanguíneo se encuentra comúnmente disminuído y con alguna frecuencia puede encontrarse actividad fibrinolítica. La relación entre la caída del nivel de fibrinógeno y la actividad fibrinolítica es controversial y es el objeto principal de este reporte.

Se examinaron 22 pacientes con diferentes grados de hemorragias accidentales; con el objeto de buscar la presencia de fibrinólisis posterior al cuadro de la hemorragia accidental pero anterior al parto. Se llevaron a cabo tanto estudios cualitativos como semi-cuantitativos.

Existe una frecuencia aumentada de la fibrinólisis después de las hemorragias accidentales pero la cantidad de lisis en algunos casos individuales permaneció dentro de los límites normales en 20 de las 22 pacientes.

El grado de actividad fibrinolítica no muestra ninguna relación constante con los niveles plasmáticos de fibrinógeno.

Estos niveles fueron la mayoría de las veces bajos después de la aparición de la enfermedad y su disminución se piensa que no es debida a la actividad lítica.